

ZAHNARZTPRAXIS AN DER ALSTER

Dr. Harold Eymer

Zahnarzt

Lehrbeauftragter der Universitätszahnklinik Hamburg UKE

Anmeldebogen

Ihr Name:

Ihr Vorname:

Ihr Geburtsdatum:

Ihre Adresse:

(Strasse)

(Plz. und Stadt)

Ihre Telefonnummer, wo wir Sie am besten erreichen:

Weitere Nummern, wo wir Sie auch erreichen können:

Eine Faxnummer für schriftliche Kontakte:

email Adresse Tagsüber / Abends: /

Ihre Versicherung: **freiwillig versichert?**

Wo Zusatzversichert?

Ihr Beruf (wenn Sie es uns mitteilen mögen):

Körperhaltung im Beruf:

Von wem wurden wir Ihnen empfohlen / von wem wurden Sie überwiesen:

Was ist Ihr Anliegen, was haben Sie für Probleme, womit können wir Ihnen helfen?

Einfache zahnärztliche Kontrolle?

Fragen zu bestimmten Problemen, zweite Meinung?

Wunsch nach Gesamtbehandlung?

Kiefergelenksproblematik, CMD?

Schmerztherapie?

Umweltzahnmedizin, Ausleittherapien, Amalgamentfernung?

Ganzheitliche Behandlung?

Herd- / Störfeld Therapie?

Implantat-Behandlungen?

Knochenaufbau?

Ästhetische Verbesserungen / Korrekturen?

Zahnersatz?

Parodontosebehandlung, Prophylaxe?

Laserbehandlungen?

Akupunktur / Mundakupunktur?

Osteopathie ?

Appl. Kinesiologie?

Andere Anliegen bitte hier notieren:

DANKE!

Wir sind eine reine Bestellpraxis (nur reservierte Termine).

Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens zwei Tage vorher abzusagen per Telefon, Fax, e-mail.

Gem. §615 befinden Sie sich sonst im Annahmeverzug, welcher mit 150 EU pro Stunde unserer Ausfallzeit Ihnen sonst in Rechnung gestellt werden kann.

Wir und unsere anderen Patienten danken Ihnen dafür!

Anamnese / Fragebogen Ihrer Vorgeschichte

Wir benötigen noch einige Angaben über Ihren allgemeinen und speziellen Gesundheitszustand und ihre Vorgeschichte.

Je mehr wir vorab wissen, desto besser können wir Ihnen helfen! Danke!

Einfach vor der Frage ankreuzen (dahinter Notizen machen) bitte!

Hatten Sie Unfälle, Stürze (auch harmlose)? Worauf gefallen?

Autounfälle, Sportverletzungen?

Leiden Sie unter Kopfschmerzen / Migräne? Wie oft? Wo?

**Haben Sie Verspannungen im Nacken- / Schulter- / Halsbereich?
Wie oft?**

**Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall, `Hexenschuss`? Wo?
Wann?**

**Haben Sie Haltungsprobleme (Beckenschiefstand,
unterschiedl. Beinlänge) ?**

**Haben / hatten Sie Gleichgewichtsstörungen
oder Schwindelgefühle?**

**Leiden Sie unter Ohrgeräuschen / Tinnitus / Ohrensausen
(auch früher!)?**

Haben Sie Angstgefühle / Depressionen?

**Leiden Sie an Schlafstörungen (Schnarchen, Atemaussetzern,
Einschlaf- / Durchschlafstörungen etc)?
Uhrzeit des Aufwachens?**

**Haben Sie Sehstörungen?
Wahrnehmungsstörungen?**

**Haben Sie Probleme mit den Füßen,
zB. Ballen, Hall. Valgus, Fußsohlen, beim langen gehen / stehen)?**

Spezielle Fragen zu Ihrer Geburt und Säuglingszeit, wenn Sie es wissen:

Wie lange dauerte Ihre Geburt? sehr kurz (zB.1Std.) sehr lang (zB. 20Std.)

War Ihre Mutter am Wehentropf? Kaiserschnitt?

War Ihre Geburt ‚zu früh‘ oder ‚zu spät‘ ?

Welche Lage hatten Sie im Bauch Ihrer Mutter bei der Geburt?

Sind Sie sofort auf der Intensivstation behandelt worden?

Wurde etwas über Ihre Gesichtsfarbe berichtet direkt nach der Geburt?

Hat Ihre Mutter Sie gestillt?

Wie lange ? Rechte und linke Seite gleich?

**Haben Sie geschnullert? Wie lange?
Oder am Daumen genuckelt?**

Gab es Schwierigkeiten beim Stillen?

- wollte nicht
- konnte nicht
- keine Milch

Welche Impfungen haben Sie?

Waren Sie ein Schreikind/ Weinkind?

Waren Sie ein sehr ruhiges Kind?

Wann konnten Sie robben? Gab es Probleme?

**Wann konnten Sie gehen? Gab es Probleme?
Z.B. Vorfußlaufen?**

Wann konnten Sie sprechen? Gab es Probleme?

**War Ihre Sprache klar?
Konnten Sie Sätze und Sequenzen sprechen?**

Konnten Sie grade in der Zeile schreiben?

Haben Sie gerne gelesen?

**Haben Sie (welchen) Sport gemacht?
auch?**

Ballspiele

Weitere Fragen zur jetzigen Situation:

Machen Sie jetzt Sport?

Welchen?

Sind Sie morgens sofort topfit?

Haut: Sonnenempfindlich?

Ekzeme/Tumoren?

Ist Ihnen im Sommer das Licht oft zu hell?

Bekommen ggf. abends Kopfdruck / Schmerzen?

Strengen Sie viele Geräusche / Umgebung / Menschen an?

Können Sie diese manchmal nicht auseinander halten/wahrnehmen?

Sind Ihre Augen manchmal angestrengt/müde?

Wann?

Leiden Sie unter Schmerzen der Ohr- / Kiefergelenkregion?

Ist Ihre Unterkieferbeweglichkeit eingeschränkt (z.B. Mundöffnung)?

**Beobachten Sie Knack- / Reibgeräusche beim Öffnen / Schließen des
Mundes?**

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Biss nicht stimmt?

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?

Ist eine Schiene vorhanden?

Haben Sie Probleme beim Sprechen, Gähnen, Kauen?

Fühlen Sie sich gelegentlich oder oft Stressbelastungen ausgesetzt?

**Sind Sie in therapeutischer Behandlung (Körpertherapie,
Psychotherapie, o.Ä.)?**

Haben Sie Narben, Gefühlsstörungen? Wo?

Hatten Sie Zahnsparren, kieferorthopädische Behandlungen?

**Welche Apparaturen sind benutzt worden?
Materialien?**

Wie alt ist Ihr Zahnersatz / Ihre Krone / n (wenn vorhanden)?

Woraus besteht der Zahnersatz?

Haben Sie einen Legierungspass Ihrer Kronen / Inlays?

Haben Sie Probleme mit diesem Zahnersatz?

Haben / hatten Sie Amalgam-Füllungen?

Ist eine Schwermetall-Ausleittherapie gemacht worden? Wie?

**Haben Sie Metallgeschmack? Zungenbrennen?
Trockenen Mund?**

**Haben Sie: Tätowierungen? Piercing (wo)?
Osteosyntheseplatten?**

Gibt es / gab es Nebenhöhlenprobleme?

Operationen an / in der Nase?

Vertragen Sie Alkohol?

Reagieren Sie auf Medikamente besonders gut / schlecht?

Gab es Unverträglichkeiten auf Medikamente?

Gab es Pilzinfektionen? Wo? Öfter?

Haben Sie Zahnfleischbluten? Wobei? Wo?

**Wurden Sie parodontitisbehandelt? Wann? Wie
(chirurgisch/konserv.)?**

**Sind Sie prophylaxebehandelt worden (PZR)?
Dauer der Sitzungen?**

Gibt es Kieferröntgenaufnahmen von Ihnen?

Wo können wir diese anfordern? (Adresse)

**Rauchen Sie? Wie viel?
Oder früher geraucht?**

Haben Sie Allergien? Welche ?

Auf Schmuck, Mode, Medikamente, Gold, Silber, Nickel ?

**Gibt es / gab es Asthma? Husten / Schnupfen häufiger?
Früher?**

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche?

Gibt es Dinge / Nahrung / Materialien, die Sie nicht vertragen?

Haben Sie Magen- / Darmprobleme ?

Verstopfungen / Durchfälle / Blähungen / Colitis UI. / M. Crohn?

Haben Sie Diabetes? Wie eingestellt? Seit wann ?

Heißhunger / Appetitlosigkeit? Wonach und wann?

**Haben Sie Rheuma oder Osteoporose? Seit wann?
Womit behandelt?**

Gibt es Hautekzeme / Haarausfall?

Werden Sie hormonell behandelt? Womit, seit wann?

Haben Sie Stoffwechselstörungen, Blutgerinnungsstörungen?

**Schilddrüsen Über/ Unterfunktion? Eingestellt wie?
Seit wann?**

**Leiden Sie an Herzkrankheiten?
Op's?**

Herzfehler?

**Liegt oder lag eine Infektionskrankheit vor (z.B. Hepatitis, HIV,
andere)?**

Haben oder hatten Sie eine Tumorbehandlung?

Was für Tumor?

Hatten Sie Chemotherapie?

Unverträglichkeiten? Nebenwirkungen?

Nehmen Sie Medikamente?

Welche ? -----

**Gab es Nebenwirkungen, Überreaktionen bei Medikamenten /
Spritzen, etc?**

Wurden umweltmedizinische Untersuchungen gemacht?

**Z.B: LTT , BDT, Effektorzellen, IST, Unverträglichkeitstests anderer
Art?**

**Bitte alle Ergebnisse mitbringen! Bitte auch MRT, CT, alle
radiologischen Untersuchungen (nicht nur Befunde!) mitbringen!**

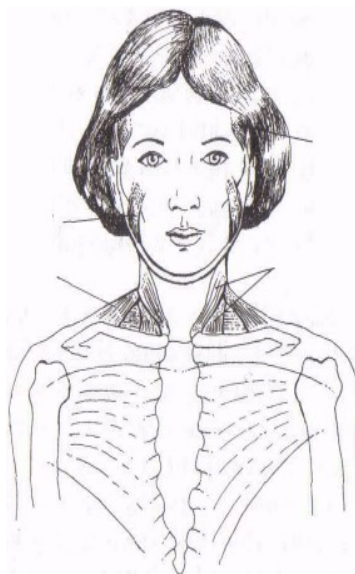
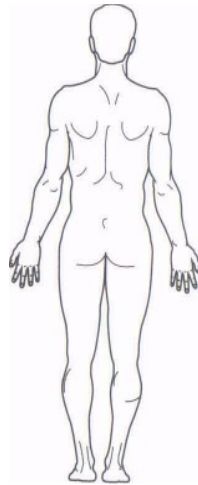
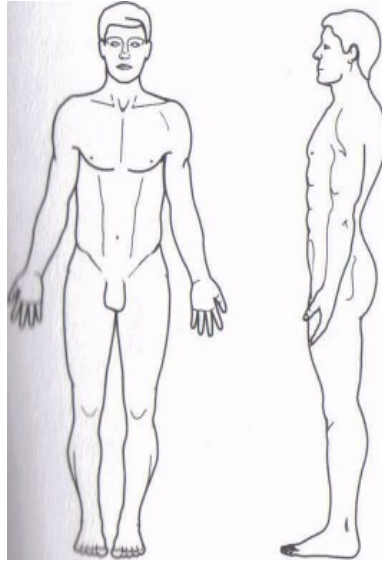
Leiden Sie an einer anderen Krankheit?

Für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche ?

Möchten Sie schwanger werden (und es klappt nicht)?

Bitte zeichnen Sie bei den Figuren an, wo Sie Schmerzen oder Probleme haben



Weiterer Platz für persönliche Anmerkungen und Hinweise für uns:

Hinweis:

Wir arbeiten interdisziplinär in einem Netzwerk in Hamburg (und Deutschland) mit vielen Ärzten sehr intensiv zusammen.

Sie können mit Ihren ganzen medizinischen Problemen uns ansprechen, wir haben für fast jedes Problem einen adäquaten Partner, der Ihnen hoch qualifiziert hilft.

Und das unproblematisch, ohne lange Anmeldezeiten, ohne bürokratische Hürden.

Willkommen bei uns! Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam Dr. Harold Eymer

Mit der Weitergabe meiner Daten an eine / n Praxisnachfolger / in bin ich einverstanden.

Betäubungsspritzen und Anästhesien beeinträchtigen die Fahrtauglichkeit und Reaktionsfähigkeit!

Nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Termine bitte mindestens 2 Tage vorher absagen.

Datum

Unterschrift (Patient)